

Artigo original

Estado atual do tratamento cirúrgico do câncer de pulmão não pequenas células no estágio IIIB.

Current status of the surgical treatment of stage IIIB non-small cell lung cancer.

Rui Haddad¹.

RESUMO

O autor discute o estado atual do tratamento cirúrgico do câncer de pulmão não de pequenas células em estágio IIIB, à luz do novo estadiamento do câncer pulmonar (2009). Conclui que, com as mudanças no sistema e nos grupos de estadiamento, a cirurgia não tem papel no tratamento deste tipo de câncer no estágio IIIB.

Descritores: câncer de pulmão, tratamento cirúrgico, estágio IIIB, estadiamento.

ABSTRACT

The author discusses the current status of the treatment of stage IIIB non-small cell lung cancer according to the new staging system of lung cancer (2009). In conclusion the author states that surgery has no role in the treatment of stage IIIB lung cancer in the new staging system and new groups.

Keywords: lung cancer, surgery, stage IIIB, staging.

INTRODUÇÃO

O câncer de pulmão (CP) é doença prevalente e de alta taxa de mortalidade. O tratamento e o prognóstico (percentuais de probabilidade de cura) dependem do estágio da doença, e a maioria dos casos é diagnosticada em estágios avançados. Os estágios em que se pode oferecer a maior taxa de cura, e que incluem o tratamento cirúrgico, são os estágios I e II.

O CP tem sua suspeita diagnóstica usualmente feita, diante de um achado radiológico em pacientes que se submeteram a exames de imagem do tórax por outras causas, ou seja, é um achado incidental. Os pacientes são usualmente assintomáticos nos estágios iniciais.

A cirurgia tem papel importante na cura do câncer de pulmão. No entanto, grande parte dos pacientes com essa doença não é candidata a tratamento cirúrgico.

O ESTÁGIO IIIB E O NOVO SISTEMA DE ESTADIAMENTO (2009)

De tempos em tempos, é feita revisão nas regras de estadiamento dos tumores, para melhor agrupar lesões com prognósticos semelhantes. A definição atual (2009) de estágio IIIB é a seguinte:¹ tumor pulmonar T4 N2 M0 ou T1-4 N3 M0. A definição atual de T4 também sofreu modificações, enquanto as defini-

ções de N2 e N3 permaneceram as mesmas. T4 atualmente é o tumor de qualquer tamanho que invade mediastino, coração, grandes vasos, traquéia, nervo laríngeo recorrente, esôfago, corpo vertebral, carina, ou que apresenta nódulo ou nódulos tumorais em outro lobo, mas no mesmo pulmão. É essa a definição que utilizaremos neste capítulo. Note-se que o paciente com derrame pleural ou pericárdico maligno, anteriormente classificado como T4, passou a M1a na classificação atual.

CIRURGIA NO ESTÁGIO IIIB

O tratamento do CP no estágio IIIB, de acordo com a classificação atual, é eminentemente não cirúrgico. No entanto, para que se chegue ao diagnóstico de que uma lesão é realmente T4 ou N3 podem ser necessários procedimentos invasivos. O estadiamento clínico por tomografia computadorizada ou por ressonância magnética tende a superestimar envolvimento vascular, por exemplo, e subestimar o envolvimento ganglionar. A avaliação cirúrgica pode ser melhor que a avaliação clínica e radiológica, nestas situações. A toracotomia pode ser melhor que a toracoscopia para avaliação de envolvimento vascular ou mediastinal. Levando em consideração que uma toracotomia exploradora deve ser evitada, sempre que pos-

1. Membro Titular da Academia Nacional de Medicina. Professor Titular de Cirurgia Torácica da Escola Médica de Pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Professor Associado do Departamento de Cirurgia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Secretário Geral da Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica (2009-2011).

Endereço para correspondência: Rui Haddad. Rua Barão de Lucena, 48, sala 3, Botafogo, CEP 22260-020, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Telefax: 21-25373499. E-mail: rhaddad@globocom.

sível, nestes pacientes, outros exames, além dos exames de imagem citados acima, podem ser importantes nesta situação. Envolvimento cardiovascular e mediastinal podem ser muito bem avaliados por angiografia, ecografia transesofágica e até por pneumotórax diagnóstico, que pode ser útil em casos selecionados. Envolvimento do esôfago pode ser visto idealmente por ultra-sonografia endoscópica, que pode mostrar com clareza o grau de penetração tumoral na parede do esôfago. Se a lesão for profunda, a esofagoscopia é suficiente para demonstrá-la. É importante salientar que lesões que invadem a adventícia do esôfago e da aorta podem ser ressecadas sem maiores problemas técnicos. Mediastinoscopia, vídeo-mediastinoscopia e, mais recentemente, ultra-sonografia transbrônscópica (EBUS) com biópsia em tempo real podem ser de grande ajuda no estadiamento linfonodal. A vídeo-toracoscopia também pode ser usada para biopsiar linfonodos que não estão ao alcance da mediastinoscopia e da mediastinotomia anterior.

TRATAMENTO DO CÂNCER PULMONAR LOCALMENTE AVANÇADO

Quando nos propomos a tratar câncer de pulmão localmente avançado, vários cuidados têm que ser tomados:²

- 1- Evitar superestadiar a lesão e, com isso, a tragédia de se fazer tratamento paliativo, ao invés do tratamento curativo em doença curável.
- 2- Evitar subestadiar a lesão e, com isso, uma toracotomia não terapêutica que pode, além de acrescentar morbidade, atrasar o tratamento apropriado.

Temos que ter em mente que o câncer de pulmão T3 deve ser ressecado rotineiramente, se for N0-N1 e M0, em pacientes com boas condições clínicas para a cirurgia. Já os tumores T4 devem ser ressecados muito seletivamente, também se N0-N1 e M0, levando-se em consideração as características do paciente (baixa idade e ausência de co-morbidades), os fatores biológicos do tumor e a experiência do cirurgião para realizar cirurgias mais radicais. Isso torna, nesta situação, fundamental o diagnóstico de doença ganglionar, N2 ou N3, e o diagnóstico de doença M1, que, em última análise, são os objetivos primordiais do estadiamento clínico.

Em suma, a seleção de pacientes com CP em estágio localmente avançado deve incluir RMN cerebral, PET/CT para estadiamento extratorácico e estadiamento mediastinal, por cirurgia ou por EBUS, rotineiramente. O objetivo final é a ressecção completa da lesão.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho L, Cardoso E, Nunes H, Baptista V, Gomes A, Couceiro P. Projecto de estadiamento do cancro do pulmão pela IASLC: Estudo comparativo entre a 6.ª edição TNM em vigor e a 7.ª edição proposta. *Rev Port Pneumol* 2009;XV(1):67-76.
2. Wood D. Cirurgia do câncer avançado do pulmão (T3/T4). Conferência no Tórax-2009 – Congresso Brasileiro de Cirurgia Torácica, Curitiba, Maio de 2009.
3. Cetinkaya E, Turna A, Yildiz P, Dodurgali R, Bedirhan MA, Gurses

A e Yilmaz V. Comparison of clinical and surgical-pathologic staging of the patients with non-small cell lung carcinoma. *Eur J Cardiothor Surg* 2002;22(6):1000-5.

Cetinkaya e cols.³ mostraram que, no estágio IIIB, 48% dos pacientes foram superestadiados no estadiamento clínico, quando comparados ao estadiamento patológico. Com isso, concluíram que tumores T4 clínicos limitados não constituem contra-indicação cirúrgica formal, pois um percentual elevado destes pacientes é superestadiado no pré-operatório.

Não estamos falando especificamente de cirurgia para IIIB ou T4, mas sim do alto risco de assumir que todos estes pacientes estão fora de possibilidades cirúrgicas, baseados apenas em critérios clínicos e radiológicos.

Quando consideramos pacientes em estágio IIIB ou T4 para ressecção cirúrgica, temos que ter em mente sempre a alta probabilidade de ressecção completa. Isso é feito pelo uso racional dos métodos de imagem (CT, RMN, cintigrafia, ultra-sonografia, ecoendoscopia), endoscópicos (broncofibroscopia, EBUS e esofagoscopia) e cirúrgicos (mediastinoscopia, mediastinotomia parasternal, vídeo-toracoscopia). O envolvimento linfonodal pode ser avaliado por PET/CT, com confirmação por avaliação cirúrgica do mediastino ou por EBUS.

Como devem ser operados apenas os pacientes N0-N1 e M0, pouco sobra do estadiamento IIIB para o cirurgião. Pacientes nesta situação que apresentam nódulo satélite (em outro lobo e homolateral) e envolvimento limitado de uma das seguintes estruturas: carina, grandes vasos, corpo vertebral, traquéia, coração e esôfago podem ser selecionados para cirurgia, no entanto não são IIIB pela nova classificação. Considera-se contra-indicação absoluta o derrame pleural maligno, mas conforme foi dito anteriormente, essa apresentação não é mais T4 ou IIIB, mas M1a.

Jett e cols.,^{4,5} em trabalhos de 2003 e 2007, citam que em tumores malignos do pulmão estadiados como IIIB pelo antigo sistema de estadiamento (ainda em voga nesta data, mas que será substituído pelo sistema novo ainda em 2009), não são cirúrgicos os pacientes em estágio IIIB com metástases ganglionares N2 ou N3. Apenas os pacientes com comprometimento N1 (de acordo com o estadiamento de 1986) poderiam ser beneficiados com tratamento combinado de radio-quimioterapia e cirurgia.

CONCLUSÃO

Os casos incluídos na classificação IIIB no novo estadiamento do câncer de pulmão não de pequenas células (T4 N2 M0 ou T1-4 N3 M0), com boas condições clínicas, são tratados atualmente com quimioterapia e radioterapia, sem cirurgia.

A e Yilmaz V. Comparison of clinical and surgical-pathologic staging of the patients with non-small cell lung carcinoma. *Eur J Cardiothor Surg* 2002;22(6):1000-5.

4. Jett JR, Scott WJ, Rivera MP, Sause WT. Guidelines on treatment of Stage IIIB non-small cell lung cancer. *Chest* 2003;123(1):221S-225S.
5. Jett JR, Schild SE, Keith RL, Kesler KA. Treatment of non-small cell lung cancer, stage IIIB. *Chest* 2007;132:266S-276S.